

DEMANDE DE PRELEVEMENTS MENSUELS DES COTISATIONS ET CONTRIBUTIONS SOCIALES DES NON SALARIES AGRICOLES ET DES COTISANTS DE SOLIDARITE

(Articles D.731-48, R.731-58, R. 731-62 et suivants du Code rural et de la pêche maritime)

Je vous prie de bien vouloir faire prélever mensuellement sur mon compte bancaire (références ci-dessous), les sommes dont je suis débiteur au titre de mes cotisations et contributions sociales de non salarié(e) des professions agricoles ou de cotisant de solidarité.

Si la caisse de MSA reçoit ma demande entre le 1^{er} et le 15 du mois, le prélèvement mensuel commencera dès le mois suivant.

Toutefois, si je souhaite que ma demande prenne effet au **1^{er} janvier prochain**, je coche la case .

Le prélèvement sera renouvelé automatiquement de mois en mois, sauf avis contraire de ma part, notifié à la caisse de MSA par un formulaire prévu à cet effet disponible sur www.msa-ardeche-drome-loire.fr

Fait à ----- Le

Signature

IDENTITE DU DEMANDEUR	
Votre nom	
Vos prénom(s)	
Votre numéro de sécurité sociale <input style="width: 100px;" type="text"/>	
Votre adresse.....	
.....	
Code postal <input style="width: 50px;" type="text"/>	Commune.....

La loi n°78-17 du 06 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites à ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant, auprès de votre Mutualité Sociale Agricole.

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA	
En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez votre caisse de MSA à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de votre caisse de MSA. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Votre demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé ; sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé. Référence unique du mandat (réservé à votre MSA)	
DEBITEUR Nom ----- Prénom(s) ----- Adresse ----- Code postal : <input style="width: 50px;" type="text"/> Ville : ----- COMPTE A DEBITER N° de compte bancaire international (IBAN) <input style="width: 100px;" type="text"/> <input style="width: 100px;" type="text"/> Code bancaire international (BIC) <input style="width: 100px;" type="text"/>	CREANCIER Identifiant créancier SEPA FR58ZZZ580287 ----- Nom et Adresse MSA ARDECHE DROME LOIRE ----- 29 RUE FREDERIC CHOPIN ----- Code postal 26000 Ville VALENCE ----- Type de paiement : Paiement récurrent <input checked="" type="checkbox"/> Objet du mandat : paiement des cotisations non salariées agricoles
Fait à -----	Le <input type="text"/>
	Signature obligatoire

ATTENTION : veuillez renvoyer les deux parties de cet imprimé à votre caisse de MSA, sans les séparer, en y joignant 1 identifiant international de compte bancaire (IBAN-BIC).